

266

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par MURY Simone

née le 5 Août 1924 à Fougerolles-du-Plessis (Mayenne)

Présentée et soutenue publiquement le 20 Avril 1955

Une expérience de soins à domicile chez les enfants prématurés

Travail de la Clinique de Puériculture

(Centre de Prématurés de l'Ecole de Puériculture)

Président : M. LELONG, Professeur

ANNEE 1955

FACULTÉ de MÉDECINE de PARIS

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'ÉTAT)

par

MURY, Simone
née le 5 Août 1924
à FOUGEROLLES du PLESSIS (Mayenne)

PRÉSENTÉE et SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 20 Avril 1955.

UNE EXPÉRIENCE DE SOINS A DOMICILE CHEZ LES ENFANTS
PRÉMATURÉS.

Travail de la Clinique de Puériculture
(Centre de Prématurés de l'Ecole de Puériculture).

Président: M. LELONG, Professeur.



A Monsieur le Professeur LELONG

Professeur de la Chaire de Clinique
de Puériculture

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

En remerciement du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de notre thèse,
avec l'expression de notre
sincère reconnaissance,

Au Révérend Père LARÈRE

Aumônier de la Conférence Laënnec

Pour ses conseils hautement autorisés

Mes remerciements respectueux ,

A ma Mère

A ma soeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547110_0050

DOYEN HONORAIRE :

M.BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, DELBET, GOUGEROT(H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER(E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON .

Doyen Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur Jean VERNE .

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie
Anatomie Pathologique
Bactériologie
Biologie appliquée à l'Education physique
et aux sports
Biologie médicale
Cancérologie médicale et sociale
Carcinologie
Chimie médicale

CORDIER (G)
DELARUE (A)
GASTINEL (P)

CHAILLEY-BERT (P)
VERNE (J)
HUGUENIN (R)
OBERLING (C)
N...

Cliniques chirurgicales { Hôtel-Dieu
Broussais
Salpêtrière
Cochin

BROCQ (P)
de GAUDART D'ALLAINES (F)
MONDOR (H)
QUENU (J)

Clinique chirurgicale réparatrice et ortho-
-pédique
Clinique de cardiologie
Clinique de chirurgie infantile et d'ortho-
-pédie
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire ..
Clinique de la Tuberculose
Clinique de neuro-chirurgie
Clinique de Puériculture
Clinique des maladies cutanées et syphili-
-tiques
Clinique des maladies du sang
Clinique des maladies du système nerveux ..
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies infectieuses
Clinique des maladies mentales et de l'en-
-céphale
Clinique gynécologique

MERLE D'AUBIGNE (R)
DONZELOT (E)

FEVRE (M)
MONOD (R)
BERNARD (E)
PETIT-DUTAILLIS (D)
LELONG (M)

DEGOS (R)
CHEVALLIER (P)
ALAJOUANINE (T)
DEBRE (R)
MOLLARET (P)

DELAY (J)
FUNCK-BRENTANO (P)

Cliniques médicales { Hôtel-Dieu
Bichat
Cochin
Broussais

BENARD (H)
LAROCHÉ (G)
MOREAU (R)
de GENNES (L)

Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		Justin BESANCON (L)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		PASTEUR VALLERY-
Clinique médicale propédeutique		RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des ma-		
-ladies de la nutrition		BOULIN (R)
Cliniques obstétricales	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P)
	{ Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
	{ Port-Royal	LACOMME (M)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimen-		
-taires (chaire à titre personnel)		RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique		FEY (B)
Embryologie		GIROUD (A)
Génétique		LAMY (M)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MOUQUIN (M)
Histologie		CHAMPY (C)
Hygiène et clinique de la première enfance		CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C)
Médecine du Travail		DESOILLE (H)
Médecine légale		PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale		MENEGAUX (G)
Pathologie exotique		LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale		
(chaire à titre personnel)		MERKLEN (F-P)
Pathologie médicale		BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J)
Pédiatrie sociale		MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)..		DOGNON (A)
Physiologie		BINET (L)
Physique médicale		STROHL (A)
Radiologie médicale		DESGREZ (H)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P)
Thérapeutique		TURPIN (R)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES.

Anatomie	{ DEBEYRE (J)	
	{ DELMAS (A) prof.s.ch.	
	{ N...	
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr.s.ch.	
	{ BUSSER (F)	
	{ GOUYGOU (C)	

Bactériologie	(FASQUELLE (R)
	(NEVOT (A)
Biologie médicale	(BOURLIERE (F)
	(ETTORI (J) pr.s.ch.
Chimie médicale	(JAYLE (M-F) pr.s.ch.
	(SCHAPIRA (G)
Dermato-syphiligraphie	(DUPERRAT (F)
	(BULLIARD (H) pr.s.ch.
Histologie	(COUJARD (R)
	(N...
Hydrologie	(DEBRAY (C)
	(BOYER (J)
Hygiène	(DEPARIS (M) pr.s.ch.
	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale et du Travail	(GAULTIER (M)
	(HADENGUE (A)
Neuro-chirurgie	(DAVID (M)
Neurologie	(SEZE (S de)
	(GRASSET (J)
	(LEPAGE (F)
	(MAYER (M)
Obstétrique	(MERGER (R)
	(MORIN (P)
	(RAVINA (J)
	(VARENGOT (J)
Ophtalmologie	(OFFRET (G)
	(DESVIGNES (P)
Orthopédie	(JUDET (R)
	(HALPHEN (E) pr.s.ch.
Oto-rhino-laryngologie	(AUBRY (M)
	(MADURO (R)
Parasitologie	(BRUMPT (L)
	(CHABAUD (A)
	(ABOULKER (P)
	(BAUMANN (J)
	(GOSSET (J)
	(HUGUIER (J)
	(LAURENCE (G)
	(LEGER (J)
Pathologie chirurgicale	(LORTAT-JACOB (J)
	(OLIVIER (Cl)
	(PADOVANI (P)
	(POILLEUX (M)
	(ROUX (M)
	(RUDLER (J-C)
	(VERNE (J-M)
Pathologie expérimentale	((N...

	(	BERNARD (J)	
	(	BOUDIN (G)	
	(	CASTAIGNE (P)	
	(	CONTE (M)	
	(	DECOURT (J)	
	(	DOMART (A)	
	(	DREYFUS (Gilbert)	
	(	FAUVERT (R)	
Pathologie médicale	(	HAMBURGER (J)	
	(	KOURILSKY (R)	
	(	LAMOTTE (M)	
	(	LAROCHE (C)	
	(	MILLIEZ (P)	
	(	PEQUIGNOT (H)	
	(	PERRAULT (M)	
	(	RAMBERT (P)	
	(	THIEFFRY (St)	
	(	TURIAF (J)	
	(	JOSEPH (R)	
Pédiatrie	(	LAPLANE (R)	
	(	N...	
	(	LEVY (Mlle J)	pr.s.ch.
Pharmacologie	(	CHEYMCL (J-H)	pr.s.ch.
	(	BARJETON (D)	pr.s.ch.
Physiologie	(	PARROT (J-L)	
	(	DJOURNO (A)	pr.s.ch.
Physique médicale	(	GOUGEROT (L)	
Pneumo-phthisiologie	(	KREIS (B)	
Psychiâtrie	(	BARUK (H)	
Psychiâtrie infantile	(	MICHAUX (L)	
	(	CERNEA (P)	
Stomatologie	(	CHAPUT (Mme A)	
Thérapeutique	(	PERRAULT (chargé de l'enseignement)	
Urologie	(	KUSS (R)	

III - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS.

MM. BRINDEAU (A) (obstétrique) GATELLIER (J) (Clinique chirurgicale)
LE LORIER (V) (obstétrique) VAUDESCAL (R) (obstétrique)

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

Clinique chirurgicale ... (AMELINE (A)
(PATEL (J)
(SICARD (A)

Clinique médicale { BROUET (G)
CACHERA (R)
HAGUENAU (M) pr.s.ch.
MARCHAL (G)
SOULIE (E)

Clinique obstétricale ... (ECALLE (G)

Clinique ophtalmologique.. (RENARD (G)

Clinique urologique (COUVELAIRE (R)

MM.

Secrétaire Général de la Faculté MOREL (J)

Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G)

Conservateur chargé de la direction Docteur HAHN (A)

Conservateur Mlle GOICHON.

Bibliothécaires (Mlle DUMAITRE (P)
(Mlle LE NOIR (G)
(Mlle METIN (F)
(Mlle QUIEVREUX (E) .

UNE EXPERIENCE DE SOINS A DOMICILE CHEZ LES ENFANTS PRÉMATURÉS.

Travail de la Clinique de Puériculture.
(Centre de Prématurés de l'Ecole de Puériculture).

INTRODUCTION

L'importance de la mortalité néo-natale en France et dans la plupart des pays d'Europe justifie la création de Centres de prophylaxie contre ce facteur de mortalité infantile. Il y a quelques années, on relevait le fait suivant : le tiers de la mortalité de la première année était dû aux décès qui survenaient avant la fin du premier mois et 7 % au moins de l'ensemble des nouveau-nés étaient des prématurés ou des nouveau-nés à terme anormalement fragiles. Mais les données essentielles sur l'organisation d'un Service d'élevage des prématurés furent appliquées à l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris depuis 1948. Un personnel spécialisé se destinait à l'éducation des mères dans le Service ; quelques déplacements furent effectués en vue de la surveillance des enfants sortant du Centre. Cependant, devant le nombre de réhospitalisations pour toxicoses et fautes de régime trahissant l'inexpérience des mères et la fragilité des enfants, la création d'un service de soins à domicile était devenue nécessaire. Ce projet fut mis à exécution à partir de Décembre 1951.

Il répondait en fait à trois préoccupations principales :

- Etudier par quelques expériences comment l'élevage des prématurés à domicile est réalisable.
 - Permettre aux puéricultrices de comprendre leur rôle.
 - Et surtout, par une action directe dans la famille, préparer le retour de l'enfant et apporter l'aide désirée à sa sortie.
-

Les premiers résultats du travail de ce nouveau Service furent appréciés dès Juillet 1951. Il s'intéressait aux prématurés d'un poids de naissance supérieur à 2 kgs. Rapidement se dégagèrent la difficulté majeure : la réalisation des soins à domicile se trouvant plus ou moins handicapée par le problème social.

A ce moment déjà, le Service se présentait sous les deux formes que nous lui connaissons maintenant :

- Une activité à l'extérieur, assurée par :
 - Une Monitrice puéricultrice, Assistante Sociale et hospitalière ;
 - des Elèves en cours de spécialisation, c'est-à-dire possédant déjà un diplôme de base, en général le Diplôme d'Etat d'Hospitalière.
- Une Permanence placée sous la responsabilité de la Monitrice.

Au bout du premier semestre, son utilité s'est démontrée :

- Ce Service aide les mères à élever leurs enfants,
- Il maintient le contact entre la famille et le médecin traitant.

En vue de l'extension de son activité, une augmentation du personnel et une amélioration des moyens de transport sont souhaitées : mise à sa disposition d'une voiture automobile pour faciliter les déplacements et éviter les pertes de temps.

En Octobre 1953, deux années d'expérience affirment la valeur de l'aide compétente et concrète offerte par ce Service.

Le Service des soins à domicile
tel qu'il existe actuellement.

Son but :

Continuer le travail du Service en faisant bénéficier de ses soins tous les prématurés qui lui sont confiés, la puéricultrice se présentant comme une spécialiste vis-à-vis de cet enfant en sa qualité de prématuré.

Procéder à l'éducation de la mère.

A quels enfants ce Service s'adresse-t-il ?

Les prématurés qui lui sont confiés naissent :

- à domicile,
- à la maternité.

Deux possibilités sont alors à envisager :

- l'enfant reste à la maternité jusqu'à la sortie de la mère,
- ou bien il est dirigé vers le Centre des prématurés de l'Ecole de Puériculture lorsque son poids de naissance est inférieur à 2000 gr.

Suivant les cas, le Service des soins à domicile s'adresse à ces enfants à la naissance,

à la sortie de la maternité, c'est-à-dire au dixième jour
à la sortie du Centre.

Nous envisagerons les réalisations de ce Service, face à ces trois aspects du problème.

Enfants suivis dès la naissance :

Les enfants suivis dès la naissance sont en fait peu nombreux. Ils naissent à domicile ou bien sont signalés par certaines Cliniques non rompues aux soins d'urgence que nécessite leur état.

Voici l'exemple de deux enfants : SP... Claudine et Jocelyne, nés à domicile. Ce sont deux prématurées de 7 mois 1/2.

Les poids de naissance de Claudine et Jocelyne sont respectivement de 2200 gr. et 1800 gr.

Les conditions d'installation depuis la naissance sont les suivantes: elles sont couchées dans le même lit chauffé par des bouillottes. La température de la chambre varie entre 22 et 25°.

Les visites ont été demandées depuis la naissance par le médecin traitant.

Les conditions d'élevage à domicile furent notées sur la fiche de renseignements par la puéricultrice :

- Logement : petit pavillon de bois sans étage, entouré d'un jardin.

Nombre de pièces : une chambre de grandeur moyenne, bien aérée. Y vivent :

- les parents,
- deux aînés : 3 ans et onze mois,
- les jumelles.

Une cuisine.

Chauffage : poêle à feu continu.

Confort : pas d'eau, pas d'écoulement.

- Milieu social : modeste. Le père est ouvrier.

"Les parents ne veulent absolument pas se séparer de leurs enfants. Jusqu'à notre venue, c'est le père qui a effectué tous les soins du ménage et s'est occupé jour et nuit des deux jumelles."

Il semble que la réticence à l'hospitalisation soit expliquée par le fait que le père fut lui-même hospitalisé très longtemps et que le médecin a, dès le début, encouragé et rassuré les parents.

Au cours de la première visite, le médecin a confié entièrement les enfants à la puéricultrice et lui a demandé de le tenir au courant chaque semaine.

Une visite a été effectuée dans cette famille chaque jour pendant le premier mois. Les résultats d'élevage furent satisfaisants, la prise de poids régulière. Les parents furent remarquables par leur bon accueil, leur scrupule à suivre les directives données et à tenir à jour le cahier des enfants. A noter aussi les contacts confiants entretenus entre la famille et le médecin par la puéricultrice.

Citons l'exemple de deux autres enfants : GU... Didier et Carole, nés en Clinique privée et connus du Service parce qu'une raison médicale a rendu provisoirement indispensable leur séjour en incubateur. Cet incubateur a été prêté par le Centre sur demande de l'accoucheur. Il s'agit de deux prématurés de 7 mois 1/2. Les poids de naissance de Didier et Carole sont respectivement de 2 K.200 et 2 kgs. Mis en incubateur dès leur naissance, ils furent suivis à la Clinique par la puéricultrice qui a effectué quinze visites. Au bout du dixième jour, ces deux enfants furent transportés à domicile en incubateur et y séjournèrent, Didier deux jours, Carole 13 jours.

Une chambre leur fut réservée ; la mère et la grand'mère assuraient les soins sous les directives de la puéricultrice. Ils furent suivis régulièrement pendant deux mois ; les résultats d'élevage furent heureux, la moyenne de croissance pondérale quotidienne en fait foi : Didier 32 gr., Carole 35 gr. Tous deux furent examinés à la naissance et à deux mois par le médecin du Centre.

L'aide apportée à domicile a permis à Mme GU... de garder près d'elle ses deux enfants. Elle fut d'ailleurs remarquable par la compréhension de sa tâche et la confiance qu'elle entretenait avec les puéricultrices.

Enfants suivis à la sortie de la maternité.

Leur naissance et la date de leur retour au foyer sont signalées par la sage-femme. Une fois prévenue, la puéricultrice se rend à la maternité pour constituer un début d'enquête.

Placer la mère devant les faits tout en se gardant de faire croître en elle une inquiétude souvent latente, lui faire prendre conscience de ses obligations envers cet enfant plus petit et demandant des soins plus attentifs que les autres, tel est le problème auquel doit s'attacher la puéricultrice pour faire ressortir l'opportunité de sa présence. Tout en possédant un caractère purement psychologique, cette visite conserve toute son importance, parce qu'elle favorise le bon accueil de la famille et prépare la mère à suivre plus tard les conseils qui lui seront donnés. En fait, cette prise de contact répond à une préoccupation: se faire accepter au foyer comme une aide compétente en qui la famille pourra placer sa confiance. Néanmoins, en regard de ces enfants confiés au Service à la sortie de la maternité, se dégage une difficulté: la préparation du retour de ce prématuré au foyer reste incomplète: la mère visitée à la maternité est prise hors de son milieu, on ne peut donc se faire une idée exacte de ses aptitudes. - On ne connaît pas la famille, - en outre, il est rare qu'une visite au lieu d'habitation permette de juger des conditions d'installation.

Trop nombreux encore sont les exemples où la puéricultrice est prévenue lorsque l'enfant est déjà installé à domicile depuis un temps plus ou moins long et parfois dans de mauvaises conditions. Il est regrettable que le Service soit alerté trop tard, l'expérience faite avec certaines maternités montre combien sont plus effectives les visites suivant de près la sortie de l'enfant.

Nous ne pouvons donc apprécier à sa juste valeur l'activité du Service des soins à domicile que lorsqu'il lui est permis de réaliser son expression la plus complète. Prenons comme exemple ce qu'il offre aux familles quand il s'adresse aux enfants sortant du Centre:

- l'aide dans l'organisation du foyer en vue du retour de l'enfant,
- la surveillance quand l'enfant est à domicile,
- l'aide psychologique à la mère,
- le placement, si le retour au foyer est impossible.

Tels sont les quatre points à envisager.

Organisation du foyer en vue du retour de l'enfant.

La visite de pré-sortie.

Son but.

- Découvrir les problèmes qui conditionnent l'élevage du prématuré à domicile.
- Prévoir son installation.

Dès que la sortie du Centre est envisagée, le rôle de la puéricultrice est de préparer le retour du prématuré dans sa famille. Une visite au lieu d'habitation des parents est nécessaire à cette préparation : c'est la visite de pré-sortie.

Celle-ci, effectuée systématiquement et sans rendez-vous, permet au médecin du Centre de fixer la date de sortie de tout enfant dont la courbe de poids atteint 3 kgs. Notons cependant que des conditions matérielles satisfaisantes et l'attitude compréhensive de la mère sont deux facteurs favorables à un départ plus précoce. Certaines conditions sociales peuvent également entrer en ligne de compte : prenons l'exemple de parents non assurés sociaux, ne pouvant couvrir les frais d'hospitalisation, mais présentant par contre des possibilités d'installation convenable.

Les problèmes qui conditionnent l'élevage du prématuré à domicile.

- Le problème du logement.

Il est de première importance parce qu'il est rencontré chaque jour, difficile à résoudre et parfois générateur de séparations, voire

même d'abandons.

Il fut un temps où il était juste de penser que le logement reflétait avec une certaine fidélité la condition sociale. A l'heure actuelle, ce parallélisme n'est plus vrai. Les difficultés rencontrées par les jeunes ménages désireux de posséder leur propre foyer les obligent à se contenter d'une pièce unique, d'une chambre d'hôtel ou même d'une mansarde. Dans ces conditions, c'est à la puéricultrice d'apprécier avec soin les possibilités d'installation : aération, ensoleillement, chauffage, isolement sont autant de facteurs qui entrent en jeu lors du retour au foyer.

- Le milieu familial.

A la visite de pré-sortie, la puéricultrice doit se faire une idée du milieu familial dans lequel l'enfant va se développer. Cette appréciation lui permet de porter un pronostic sur la surveillance ultérieure. Néanmoins, elle ne doit pas se laisser impressionner par une première entrevue, sachant qu'il est souvent nécessaire de reviser son jugement. En effet, il n'est pas rare de rencontrer au début une réticence et même une mauvaise grâce envers l'étrangère qui s'introduit dans la cellule familiale. Si certaines familles se présentent à la visite de pré-sortie telles qu'elles seront plus tard, il faut savoir que d'autres, au contraire, donneront des surprises par leurs initiatives heureuses ou malheureuses. C'est pourquoi beaucoup de tact et de compréhension sont nécessaires pour s'adresser aux divers milieux, pour peser le pour et le contre des situations.

Installation de l'enfant.

Après avoir apprécié dans quelle mesure elle peut compter sur les possibilités offertes par le logement, la puéricultrice organise l'installation de l'enfant dans ses moindres détails.

- La question de l'isolement est particulièrement difficile à résoudre dans les familles nombreuses ne possédant qu'un nombre restreint de pièces.
- L'obtention d'une température ambiante de 20° réclame parfois des installations supplémentaires.

- L'emplacement du lit est délimité de façon à ce que l'enfant reçoive le maximum d'ensoleillement tout en restant à l'abri du froid.
- La literie, la layette, le nécessaire de toilette, les biberons seront autant d'objets de précision.

Les deux exemples qui vont suivre nous montreront comment la technique varie suivant les cas :

Voici le compte rendu de la visite de pré-sortie effectuée dans la famille N...

La fiche rédigée au retour relève les détails suivants :

- Logement :

Confortable, dans un immeuble récemment construit aux portes de Paris.

Nombre de pièces : 3 chambres,
Une salle à manger,
Une cuisine et une douche.

Confort : bon ensoleillement, bonne aération.
Chauffage central.

Appartement très bien tenu.

- Installation de l'enfant :

Chambre des parents.

Sur les conseils de la puéricultrice, le lit est placé de façon à recevoir le meilleur ensoleillement.

Le chauffage central est complété par un radiateur électrique.

Layette et literie sont préparées avec soin.

- Condition sociale :

Le salaire du père se montre suffisant pour permettre à la mère de rester près de son enfant.

Les conseils de la puéricultrice sont acceptés avec confiance par la mère et la grand'mère. Tout plaide en faveur du retour de l'enfant et laisse prévoir un élevage correct.

Des exemples semblables se rencontrent fréquemment dans les gros centres où les cités ouvrières croissant rapidement améliorent le standard de vie. Il n'en reste pas moins vrai cependant que le Service

des soins à domicile s'adresse encore souvent à des enfants de milieux modestes où la mère est obligée de travailler pour compléter le salaire du père, de plus, où les conditions d'installation ne sont pas brillantes.

Si certaines familles pauvres sont connues pour leur empressement à accepter leur enfant, d'autres s'en désintéressent facilement, le prenant pour une charge trop lourde. Dans les cas limites où il suffit de peu de chose pour tout arranger ou pour tout briser, la puéricultrice doit s'efforcer d'orienter toutes les possibilités d'abord sur le plan familial. L'exemple de Mme H... en constitue une démonstration.

A la pré-sortie, Mme H... déclare d'emblée ne pouvoir reprendre son enfant, les deux facteurs cités plus haut jouant au maximum :

- Problème du logement : elle occupe avec son mari une chambre dans un hôtel meublé.
- Condition sociale : le salaire de son mari étant insuffisant, elle désire reprendre son travail à la fin de son congé de maternité.

En fait, il s'agissait là d'un cas limite ; le but de la visite de pré-sortie était de faire accepter l'enfant.

Il fallait nécessairement trouver une place au foyer pour cet enfant dont on s'était désintéressé jusqu'alors.

Dans l'unique pièce qu'elle a trouvée suffisamment chauffée et aérée pour assurer un élevage correct sous surveillance, la puéricultrice délimita l'emplacement du lit.

Pour prolonger le temps que la mère passerait près de son enfant, ce qui lui permettrait de s'y attacher et d'envisager des possibilités autres que la séparation, un congé d'allaitement fut demandé. Mme H... accepta cet arrangement ; les visites sont en cours.

Découvrir à temps les obstacles au retour de l'enfant dans sa famille, réfléchir aux moyens d'y remédier pour de meilleures conditions de développement du nouveau-né, tels sont les deux points que la visite de pré-sortie permet d'éclaircir.

Surveillance des prématurés sortis du Centre.

Son but.

Adapter l'enfant au milieu familial.

Malgré la visite de pré-sortie, les explications et démonstrations données par le Centre à la mère, l'expérience montre qu'il est indispensable d'effectuer la première visite dans les quelques heures qui suivent le départ de l'enfant. Celle-ci permet d'éviter les erreurs et l'atmosphère d'appréhension du milieu familial. Lorsque des visites supplémentaires sont nécessaires, elles sont faites au titre de "soins à domicile".

La première visite.

Elle est effectuée systématiquement l'après-midi qui suit la sortie, ou au plus tard le lendemain matin. Le rendez-vous est fixé à l'heure de la tétée, la visite n'étant efficace que si l'enfant est vu déshabillé. Dans certains cas, dépistés à la visite de pré-sortie, il a même paru indispensable d'accompagner la mère afin d'installer l'enfant chez lui.

Cette première visite, riche d'enseignements, permet à la puéricultrice, placée devant les faits, d'apprécier à sa juste valeur l'attitude de la mère : ce qu'elle a retenu de son éducation au Centre, ce qu'elle ignore encore. Les conseils et les démonstrations faites à domicile ne sont jamais superflus.

On ne saurait trop insister sur la place occupée par l'hygiène alimentaire. La surveillance et le maintien de l'allaitement au sein sont deux préoccupations majeures des puéricultrices. Il faut toute la persévérance de la mère et toute l'habileté de la puéricultrice à démontrer la supériorité et la qualité de cette forme d'allaitement, pour surmonter les difficultés qui surgissent parfois au début. L'enfant n'est pas habitué à prendre le sein ; au Centre, il recevait le lait maternel au biberon. C'est pourquoi il est indispensable de contrôler la croissance à l'aide du pèse-bébé. Le service dispose de plusieurs

pèse-bébé portatifs destinés aux familles qui ne peuvent s'en procurer. Dès la première visite, la maman doit apprendre à poser son enfant correctement, car une anomalie dans la croissance pondérale n'a parfois d'autre cause qu'une mauvaise technique dans la pratique de la double pesée ou une erreur provoquée par une balance mal tarée.

En cas d'allaitement mixte ou artificiel, on aura à corriger des fautes de pourcentage dans l'emploi des laits en poudre, la quantité d'eau étant généralement trop forte. La stérilisation des biberons suscite, elle aussi, des explications répétées.

La démonstration du premier bain est toujours pratiquée à domicile ; il faut apprendre à la mère comment on apprécie empiriquement la température de l'eau, quelle minutie exige la toilette du nez, des oreilles et des yeux ; insister sur la nécessité de recommencer le lendemain ce qui a été fait la veille avec soin.

Seule, une grande habitude permet de découvrir, de vérifier, d'exposer devant la mère des faits si simples, mais dont l'importance n'est pas à négliger lorsqu'il s'agit d'un prématuré. Afin d'assurer à l'enfant un bon départ, il est nécessaire de corriger les erreurs dès le début. Cette première règle d'urgence étant posée, après la visite systématique et quotidienne durant les trois jours qui suivent la sortie de l'enfant, le rythme des déplacements sera dicté par l'état du nourrisson et l'appétit de la mère. Ces déplacements seront effectués au titre de "soins à domicile".

Certaines mères étant bien connues pour leur inquiétude non fondée, d'autres pour leur insouciance, c'est ainsi que la surveillance à domicile devient un facteur d'importance pour la vie d'un enfant, la puéricultrice se rendant au foyer à la moindre alerte. Si elle soupçonne un état alarmant, elle doit immédiatement conseiller aux parents de

présenter l'enfant à un médecin. Toutefois, si la famille souhaite présenter cet enfant à la consultation de l'Ecole, le Service peut l'aider et y amener le bébé en voiture.

Ne revêtant pas toujours le caractère d'urgence, le Service se présente surtout comme un moyen de prévention. Une fiche jointe au dossier de chaque enfant rend compte de la surveillance ; on y relève les renseignements énumérés ci-après :

- la date de chaque visite,
- le poids de l'enfant,
- le régime,
- l'état des fonctions digestives,
- une observation sur le milieu familial :
 - accueil de la mère,
 - application ou réticence à suivre les conseils donnés,
 - en cas d'épidémie, dépistage des agents contaminateurs, surtout dans les foyers où vivent plusieurs frères et soeurs ;
- tenue de l'appartement.

Quelques exemples nous montreront comment sont suivis les enfants.

Voici un cas assez démonstratif pour prouver l'efficacité de la surveillance à domicile malgré la médiocrité des conditions d'élevage.

Enfant TR... Monique, sortie du Service à 3 kgs.

Bien que la visite de pré-sortie ait fait apparaître l'utilité d'un placement, celui-ci a été refusé par les parents pour des raisons pécuniaires.

Cette enfant a été suivie jusqu'à 4 kgs dans un milieu déplorable : aucune hygiène, mère sans énergie.

Obligée de reprendre son travail, la mère s'est enfin décidée au placement temporaire en pouponnière de débiles.

Le Service des soins à domicile a permis à l'enfant d'attendre cet indispensable placement avec le minimum de dégâts.

Un deuxième exemple : celui d'un enfant dont la surveillance a été demandée par une maternité.

Enfant A... Alain. Poids de naissance : 1750 gr.

Poids à la prise en charge : 2430 gr.

Conditions d'élevage depuis la naissance :

- séjour en incubateur, 15 jours.
- en chambre chaude jusqu'à la sortie de la maternité.
- Alimentation : lait maternel de la mère complété par Guigoz demi-écrémé à 15 % .

Conditions d'élevage à domicile :

- Chambre mansardée au 4^e étage.
- Ni gaz, ni électricité, ni écoulement d'eau.
- Propreté douteuse.

Installation de l'enfant :

- Chambre cédée par un parent.
- Aération : fenêtre près du berceau.
- Ensoleillement : exposition Sud-Est.
- Chauffage : feu continu 20°.

Les conseils et les visites semblent bien acceptés ; la mère est jeune, confiante. Cependant, devant les conditions douteuses, les visites furent assez fréquentes pendant trois semaines, tous les deux jours. A la huitième visite, l'enfant vomit la totalité de ses biberons. Il est fatigué, pâle, dyspnéique ; des accès de cyanose surviennent après

chaque quinte de toux. La puéricultrice conseille de présenter immédiatement l'enfant à un médecin. Les parents préfèrent l'hospitalisation. Il est amené vers le Centre dans la voiture du Service et confié à l'interne de garde.

Actuellement, l'enfant est rendu à sa famille, il va bien ; les visites sont en cours.

Veiller à l'installation du bébé en donnant des conseils pratiques, montrer l'importance de la surveillance médicale après la sortie, soit par une consultation de nourrissons du quartier, soit par celle des anciens prématurés à l'Ecole, voici résumées les réalisations du Service envers tous les prématurés qui lui sont confiés.

Cependant, un Service de soins à domicile ne peut prétendre à une pleine efficacité si la puéricultrice ne soutient pas son activité par un sens de l'humain assez aiguisé pour apporter à la mère toute l'aide psychologique désirable.

Avant le retour de l'enfant, la puéricultrice doit préparer psychologiquement la mère à le recevoir. L'hospitalisation semble favoriser cette préparation. Au cours du transport effectué du lieu de naissance vers le Centre, la famille a déjà placé sa confiance en celle qui faisait en quelque sorte figure de sauveur à l'égard de cet être fragile qu'est le prématuré. En outre, l'éducation donnée aux mères dans le Service leur permet de mieux apprécier les conseils apportés par celles qu'elles considèrent comme des spécialistes. Si celles-ci savent se faire aimer, elles doivent devenir pour les mères des conseillères de première importance. Ainsi, bien qu'elle soit fort désireuse de s'occuper de son enfant, il est fréquent de voir la maman repousser inconsciemment le retour de celui-ci. C'est à la puéricultrice de lui faire prendre conscience de son inquiétude qui n'est autre que la crainte de ne pouvoir réaliser à domicile ce qu'elle voit pratiquer au Centre

avec méthode par un personnel spécialisé. La mère ne se sentira rassurée que si la puéricultrice lui affirme sa présence attentive. Lorsque l'enfant est au foyer, elle doit pouvoir compter sur le Service à la moindre alerte. Cette disponibilité demande à la puéricultrice du courage, il ne faut certes pas craindre sa peine, de la patience. Sa présence n'est véritablement attentive et effective que si elle offre tout son temps à chaque visite, ne laissant pas supposer qu'une autre occupation l'attend ailleurs. C'est à ce prix seulement qu'elle pourra remplir son rôle psychologique.

Le Placement.

Lorsque le retour de l'enfant au foyer est impossible, le Service est obligé de prévoir son placement en pouponnière spécialisée ou en nourrice.

Les deux exemples qui vont suivre nous montreront dans quelles circonstances le placement peut devenir la seule possibilité d'élevage correct. Citons le cas de la famille M...

On pouvait prévoir la solution avant la visite de pré-sortie qui fut néanmoins effectuée. La fiche de renseignements faisant partie du dossier de chaque enfant relevait les points suivants :

- Antécédents :

- mère fatiguée pendant la grossesse,
alimentation défectueuse en qualité,
éthylisme.
- père éthylisme,
- grands-parents éthyliques,
- milieu pauvre.

La visite de pré-sortie confirma ces affirmations et ne laissait aucun doute sur l'impossibilité du retour de l'enfant au foyer.

- Logement :

- maison à demi-écroulée;
 - nombre de pièces: une, humide et sombre;
 - ni eau, ni gaz, ni électricité.
- Intérieur misérable.
- Nombre de personnes vivant au foyer : 3 .

Mme M... ne s'oppose pas au placement en pouponnière qui est ici la seule solution de sécurité. Cependant, la question n'est résolue que momentanément et partiellement; à la sortie de la pouponnière, elle se posera de nouveau, mais avec moins d'acuité, car l'enfant sera plus grand et moins fragile.

Nous ne pouvons passer sous silence les nombreux problèmes posés par les enfants naturels dont la mère, obligée de travailler, doit se séparer. Quand une solution intermédiaire se présente, les moyens dont on dispose sont insuffisants: on manque de crèches, les chambres d'allaitement n'existent que dans les usines importantes.

L'histoire de Mme L... semble particulièrement bien illustrer l'atmosphère d'appréhension qui précède la sortie de ces enfants que l'on voudrait dissimuler.

Chaque semaine, le mercredi après-midi, les parents, souvent la mère, sont convoqués au Centre par la puéricultrice pour lui permettre de compléter son enquête. Mme L... fut convoquée ce même jour en raison de l'appréciation notée sur la fiche de transport :

"La mère ne paraît pas tenir beaucoup à l'enfant, pense le mettre en nourrice à la sortie du Centre.

"La grossesse doit rester ignorée des voisins.

"Les parents s'opposent au mariage de leur fille."

La visite de pré-sortie n'ayant pu être effectuée en raison de l'attitude des parents, cette convocation permettait seule la prise de contact.

Mme L... nous a raconté son histoire. Fille unique, elle est employée par son père, commerçant à Paris. Contrairement à ce qu'on avait noté antérieurement, Mme L... semble attachée à son enfant, mais la seule crainte de son père l'a obligée à envisager la séparation. Après avoir fait jouer toutes les combinaisons sur le plan familial, le retour de l'enfant s'est avéré impossible.

Deux solutions restaient :

- l'envoi en nourrice,
- le placement en pouponnière.

Finalement, cette dernière l'a emporté, mais ce n'est qu'après avoir épuisé tous les arrangements que l'on envisage le placement des prématurés à la sortie du Centre. Celui-ci n'est souhaitable, au début, que dans une pouponnière spécialisée. Sur le plan psychologique, les répercussions de l'obligation du placement sont très graves, surtout quand celui-ci se prolonge. Il coupe l'enfant de sa famille; aussi la carence affective, si fréquente à l'heure actuelle, suffit à prouver toute l'importance que revêt la préparation du retour de l'enfant dans sa famille.



Conditions de succès d'un tel Service.

Le Personnel.

Il doit être suffisant en nombre,

- spécialisé, c'est-à-dire formé dans un Centre,
à la même Ecole que le personnel
destiné au nursing à l'hôpital,
- capable d'adaptation rapide afin de produire
un travail de qualité avec les moyens du
bord. Un exemple : la préparation aseptique
d'un biberon avec le matériel de cuisine.

Il doit en outre apporter toute la discrétion désirable dans le contact avec le médecin traitant et posséder une formation sociale suffisante pour établir une liaison intelligente avec l'Assistante Sociale qui s'occupe habituellement de la famille; la puéricultrice et l'Assistante Sociale s'unissant pour une action complémentaire.

Les moyens matériels.

Des moyens de transport rapides : voitures automobiles.

Actuellement, le Service est assuré par trois puéricultrices, dont deux sont Assistantes Sociales et hospitalières; elles sont aidées par trois stagiaires en cours de spécialisation. - Il dispose de deux voitures automobiles qui permettent des déplacements plus nombreux.



RÉSULTATS OBTENUS.

	Présorties.	Visites à domicile pour les sortants du Centre.	Visites à domicile pour les autres enfants.
1951	297	657	179 destinées à 21 enfants.
1952	465	1.515	836 destinées à 71 enfants.
1953	362	1.793	1194 destinées à 108 enfants.
1954	313	2.010	1418 destinées à 128 enfants.

De ce tableau on peut conclure :

à une augmentation du nombre d'enfants suivis en ce qui concerne les prématurés non admis au Centre :

en 1951, 21 enfants;
en 1952, 71 "
en 1953, 108 "
en 1954, 128 "

Pour ces enfants, la moyenne des visites ne varie pas, elle se situe pour les quatre années aux environs de onze par enfant.

Par contre, on note entre 1951 et 1953, une nette augmentation du nombre des visites qui varie du simple au double pour un nombre d'enfants à peine supérieur; il s'agit des enfants sortant du Centre :

En 1951, 657 visites pour 250 enfants.

En 1953, 1793 visites pour 265 enfants.

En 1954, le nombre des visites augmente encore : 2 010.

Dans l'ensemble, on peut donc relever une augmentation du nombre d'enfants suivis.



CONCLUSION.

Un Centre d'élevage des prématurés doit, pour être complet, comprendre un service de soins à domicile.

Ce service comporte deux subdivisions :

- D'une part, il doit prendre en charge les prématurés de poids supérieur à 2000 gr., nés à domicile ou sortant des maternités, et assez vigoureux pour n'avoir pas besoin d'être hospitalisés dans un centre spécialisé.

- D'autre part, il assure à domicile la surveillance des prématurés de moins de 2000 gr., à partir de leur sortie du centre spécialisé.

Un personnel doit être spécialement éduqué et placé sous la responsabilité d'une puéricultrice monitrice dotée d'un moyen de locomotion et du matériel nécessaire.

Nous avons décrit dans ce travail les activités de fonctionnement d'un tel Service à l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris.

L'expérience démontre l'utilité et l'efficacité de ce Service.

VU :
Le Doyen de la Faculté:
Léon BINET.

VU :
Le Président de thèse:
LELONG.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:
Le Recteur de l'Académie de Paris:
J. SARRAILH.

